

ORDONNANCE COLLECTIVE EN GMF

OC-513 Suivi de la clientèle ayant un diagnostic d'hypothyroïdie dont la condition requiert un ajustement de la médication

PROCESSUS DE RÉVISION :

Révisée par :	Annie Jeannotte, infirmière clinicienne Sophie Meunier, infirmière clinicienne	Date : février 2015 Date : août 2015
Personnes consultées :	Docteur Claude Brissette, médecin de famille Renée Charpentier, conseillère clinicienne Docteur Claude Goyette, médecin de famille Julie Mungler, infirmière Louise Thibodeau, pharmacienne	Date : octobre 2015 Date : novembre 2015 Date : avril 2015 Date : octobre 2015 Date : août 2015

PROCESSUS D'ÉLABORATION :

Rédigée par :	Chantal Lehoux, infirmière clinicienne	Date : avril 2012
Personnes consultées :	Renée Charpentier, conseillère clinicienne Docteur Nancy Pépin	Date : avril 2012 Date : avril 2012

PROCESSUS D'APPROBATION DE LA RÉVISION :

Représentant du comité
régional des services
pharmaceutiques



Georges-Étienne Gagnon

Date : 00/12/2015

Directrice des soins infirmiers
et de l'éthique clinique



Rosemonde Landry

Date : 02/02/2016

GMF Antoine-Labelle (OC-513.0)

555, boul. Saint-Antoine,

Suite 200


Saint-Jérôme, QC J7Z 3B8

Tél. : 450 438-5128



Docteur Pierre Juneau, médecin responsable du GMF **85353**

Date : 2015.11.26



Docteur Jean-Pierre Beaudoin **86387**

Date : 2015-11-26



Docteure Virginie Deslauriers **11361**

Date : 15/11/2015

PROCESSUS D'APPROBATION DE LA RÉVISION (suite) :


Docteur Yvon Fournier 83169

Date : 2015/11/26


Docteur Sylvain Lafond 98429

Date : 2015-11-26


Docteure Nancy Pèpin 97142

Date : 2015-11-26


Docteure Danielle Roberge 96150

Date : 15-11-18


Docteure Gabriella Schulz 91010

Date : 15/11/2016

GMF du Grand Saint-Jérôme (OC-513.1)

Site des Basses Laurentides
2100, boul. Labelle
Saint-Jérôme, QC J8Y 1S8
Tél. : 450 504-8528


Docteur Pierre-Michel Laurin, médecin co-responsable du GMF 79184

26/12/2015
Date : 79-184


Docteur Richard Beaulieu 88048

Date : 15/12/21


Docteure Maude Bélanger 15448


Date : 21-12-2015


Docteur Claude Côté 79315


Date : 22-12-2015


Docteur Gilles Denis 76670

Date : 23/12/2015


Docteur Michel Desautels 86159

Date : 06-01-2016


Docteur Dominic Gauthier 03445

Date : 21-12-2015


Docteure Sylvianne Gauthier 91289

Date : 21-12-2015

PROCESSUS D'APPROBATION (SUITE) :


Docteure Anne Gosselin-Brisson **08085**

Date : 2015-12-21


Docteur Charles-Matthieu Grégoire **15568**

Date : 15/12/21


Docteure Geneviève Lavoie **15708**

Date : 15-12-21


Docteure Geneviève Payeur **15359**

Date : 2015-12-21

départ en janvier 2016
Docteur Daniel Rouette **80116**

Date : _____


Docteure Tania Vigeant **15574**

Date : 15/12/21

GMF du Grand Saint-Jérôme (OC-513.1)

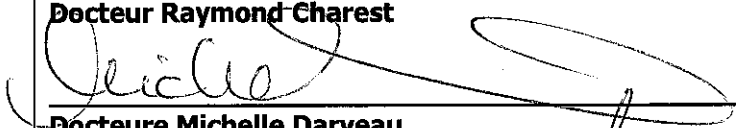
Site Monseigneur Dubois
450, Mgr. Dubois, Bureau 102
Saint-Jérôme, QC J7Y 3L8
Tél. : 450 438-1607


Docteur Claude Brissette, médecin responsable du GMF **81105**

Date : 2015-12-08


Docteur Raymond Charest **80231**

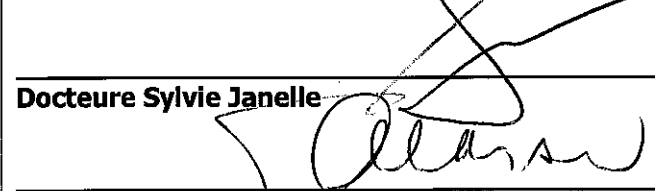
Date : 19/1/2016


Docteure Michelle Darveau **94383**

Date : 2016/01/13


Docteur Gilles Émond **99087**

Date : 16/01/15


Docteure Sylvie Janelle **80133**

Date : 15-1-2016


Docteur Louis-André Lacasse **82408**

Date : 2015.12.16


Docteure Diana Mc Donald **85142**

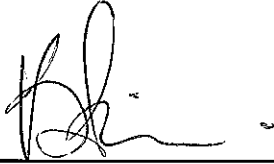
Date : 2016-01-18

PROCESSUS D'APPROBATION DE LA RÉVISION (suite) :

GMF du Grand Saint-Jérôme (OC-513.1)

Site Saint-Hippolyte
780, ch. des Hauteurs
Bureau 201

Saint-Hippolyte, QC J8A 1H1
Tél. : 450 224-1902



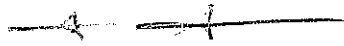
Docteure Brigitte St-Pierre, médecin co-responsable du GMF 94149

Date : 23/11/15



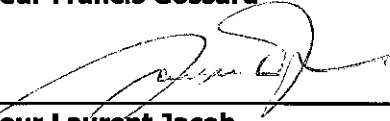
Docteure Brigitte Fanzolato 94288

Date : 2015-12-04



Docteur Francis Gossard 98426

Date : 2015/12/01



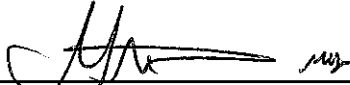
Docteur Laurent Jacob 93111

Date : 2015/11/30



Docteure Nicole Jacques 87434

Date : 2015-12-02



Docteure Gisèle Rioux 88244

Date : 15/11/23

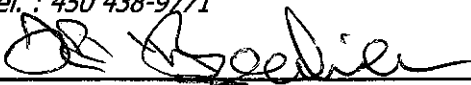


Docteur Nicolas Trudeau 07452

Date : 19/12/13

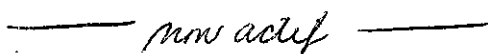
GMF du Grand Saint-Jérôme (OC-513.1)

Site Sainte-Sophie
2409, boul. Ste-Sophie
Saint-Sophie, QC J5J 2V3
Tél. : 450 438-9771



Docteur Richard Beaulieu 88048

Date : 15/12/12



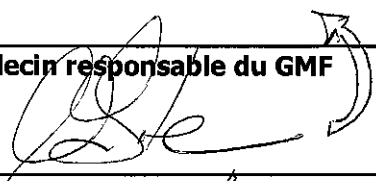

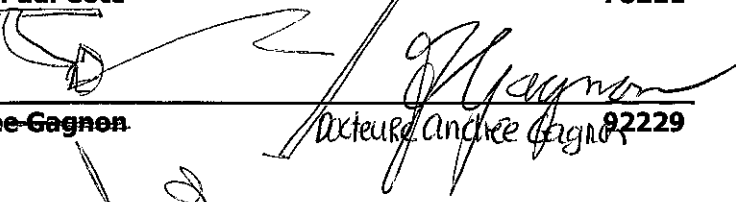
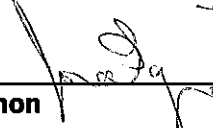
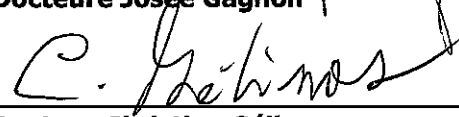
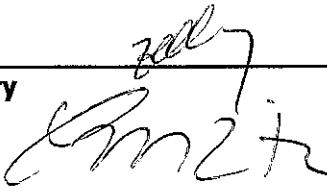
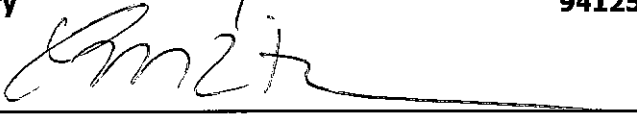

Docteur Alain Seyer 88164

Date : _____

PROCESSUS D'APPROBATION DE LA RÉVISION (suite) :

GMF Saint-Antoine (OC-513.2)

609, 9^e rue
Saint-Jérôme, QC J7Z 2Z2
Tél. : 450 432-0236

 Docteur Claude Goyette, médecin responsable du GMF	78220	Date : <u>15-12-17</u>
 Docteur Pierre-Paul Côté	78211	Date : <u>15/12-17</u>
 Docteure Andrée Gagnon	92229	Date : <u>15-12-18</u>
 Docteure Josée Gagnon	85288	Date : <u>15-12-18</u>
 Docteur Christian Gélinas	90095	Date : <u>21 Dec 15</u>
 Docteur Zahi Khoury	94125	Date : <u>19/12/15</u>
 Docteure Catherine Mercier-Linteau	14498	Date : <u>2015/12/18</u>
 Docteure Myriam St-Germain	00102	Date : <u>15-12-18</u>

Numéro et titre de l'ordonnance :	OC-513 : Suivi de la clientèle ayant un diagnostic d'hypothyroïdie dont le contrôle requiert un ajustement de médication.
Professionnelles habilitées à décider d'appliquer l'ordonnance collective :	Infirmières cliniciennes
Activités réservées de l'infirmière :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. ➤ Assurer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements de plan thérapeutique infirmier. ➤ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance. ➤ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
Date de mise en vigueur :	Décembre 2015
Date de révision :	Décembre 2019
Référence à un protocole : <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI	Titre du protocole : P-506 Suivi systématique de la clientèle atteinte d'hypothyroïdie
Catégorie de personnes visées par l'ordonnance collective :	Tout client de 18 ans et plus inscrit auprès d'un médecin œuvrant dans un GMF du CISSS des Laurentides.
Intention thérapeutique :	Maintenir un dosage sérique de la TSH entre 0,34 mU/L et 5,60 mU/L (valeurs de référence du CISSS des Laurentides).
Indication, circonstance :	Client avec un diagnostic d'hypothyroïdie ayant été référé à l'infirmière clinicienne par un médecin du GMF pour suivi et ajustement de la médication.
Contre-indications :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hypersensibilité aux hormones thyroïdiennes. ➤ Thyrotoxicose (symptômes suggestifs d'hyperthyroïdie). ➤ Insuffisance surrénalienne. ➤ Angine symptomatique ou antécédent d'infarctus ≤ 3 mois. ➤ Fibrillation auriculaire. ➤ Grossesse.

<p>Contre-indications (suite) :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Post-partum < 6 semaines. ➤ Antécédent ou diagnostic actif de néoplasie de la thyroïde. ➤ Hypothyroïdie causée par iode radioactif < 6 mois depuis le traitement. ➤ Découverte de maladie thyroïdienne autre < 1 an. ➤ Hospitalisation dans les 2 derniers mois. ➤ Prise de Lithium. ➤ Prise d'Amiodarone.
<p>Référence au médecin :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si 2 ajustements de dose consécutifs sans atteinte de la cible thérapeutique. ➤ Si au moment de l'ajustement, la dose nécessaire est > 200mcg. ➤ Si intolérance sévère ou présence d'une allergie à la médication. ➤ Si présence de signes ou symptômes de thyrotoxicose; se référer au protocole P-506 « Suivi systématique de la clientèle atteinte d'hypothyroïdie ». ➤ Si le résultat de la TSH est < 0,34 mU/L avec la T₄ augmentée après un ajustement selon les directives du tableau 1 du protocole P-506 « Suivi systématique de la clientèle atteinte d'hypothyroïdie ».
<p>Directives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vérifier la dose de Lévothyroxine au dossier et valider avec le client et la pharmacie qu'il s'agit de la dose prise actuellement. ➤ Vérifier le résultat de la dernière TSH. ➤ Évaluer la condition physique et mentale du client en lien avec les signes et symptômes ressentis (qui ont diminués ou augmentés) depuis le début du traitement. L'évaluation a pour but de constater l'efficacité de la médication, non seulement en lien avec le résultat de laboratoire, mais aussi en lien la diminution des signes et symptômes ressentis et le bien-être du client. ➤ Faire l'enseignement au client sur : <ul style="list-style-type: none"> • La pathologie de l'hypothyroïdie et de l'hyperthyroïdie; • La fréquence des contrôles sanguins requis pour le suivi; • Les symptômes d'hyperthyroïdie à surveiller et à rapporter à l'infirmière clinicienne ou au médecin; • L'importance de prendre la Lévothyroxine à jeun, soit 30 minutes avant le déjeuner, et expliquer au client qu'il doit éviter de prendre les comprimés de calcium, de fer et de multivitamines en même temps que la Lévothyroxine (un délai d'environ 4 heures entre la prise de la Lévothyroxine et de ces médicaments). ➤ Évaluer la présence de symptômes de thyrotoxicose. ➤ Ajuster la dose de Lévothyroxine selon le tableau 1 du protocole P-506 « Suivi systématique de la clientèle atteinte d'hypothyroïdie » et remplir le formulaire de liaison pour les pharmacies communautaires en mentionnant le dernier résultat de TSH et le moment prévu du prochain contrôle sanguin. 	

Directives (suite) :

- Demander les contrôles sanguins requis selon le protocole P-506 « Suivi systématique de la clientèle atteinte d'hypothyroïdie » et remettre la requête au client.
- Référer le client aux ressources appropriées pour le prélèvement sanguin.
- Faire le suivi des résultats de laboratoire et aviser le médecin de tous les résultats hors normes.

Références :

GMF-OCM-13 Ajuster la posologie de la Lévothyroxine visant à suppléer une hypothyroïdie, GMF clinique réseau du Sud-Ouest.

OC-GMF-01 Ajustement de la Lévothyroxine , Centre de santé et services sociaux de la vallée du Batiscan.

GMF Antoine-Labelle
555, boul. Saint-Antoine,
Suite 200
Saint-Jérôme, QC J7Z 3B8
450 438-1252

FORMULAIRE DE LIAISON POUR LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES

ORDONNANCE COLLECTIVE EN GMF

(OC-513.0) Suivi de la clientèle ayant un diagnostic d'hypothyroïdie dont la condition requiert un ajustement de la médication

Nom et prénom: _____ Date de naissance : _____

TSH : _____ Date : _____

J'ai procédé à l'évaluation de client nommé ci-haut. Selon l'ordonnance collective en titre, le dernier résultat de TSH démontre qu'un dosage de Lévothyroxine est indiqué. Le client a reçu l'information relative au changement de posologie.

Prochain contrôle dans _____ semaines.

La présente ordonnance est valide pour une durée de 12 mois

Posologie actuelle	Nouvelle posologie
<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1/2 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 50 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 50 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 75 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 75 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 88 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 88 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 100 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 100 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 112 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 112 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 125 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 125 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 137 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 137 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 150 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 150 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 175 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 175 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 200 mcg 1 co die

Nom de l'infirmière : _____

Permis : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du médecin répondant : _____

Permis : _____

GMF du Grand Saint-Jérôme

Site des Basses-Laurentides
2100, boul. Labelle
Saint-Jérôme, QC J8Y 1S8
450 565-6493

Site Monseigneur Dubois
450, Mgr Dubois
Saint-Jérôme, QC J7Y 3L8
450 438-9654

Site Saint-Hippolyte
780, ch. des Hauteurs
Saint-Hippolyte, QC J8A 1H1
450 224-8271

Site Sainte-Sophie
2409, boul. Ste-Sophie
Sainte-Sophie, QC J5J 2V3
450 438-3955

FORMULAIRE DE LIAISON POUR LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES**ORDONNANCE COLLECTIVE EN GMF**

(OC-513.1) Suivi de la clientèle ayant un diagnostic d'hypothyroïdie dont la condition requiert un ajustement de la médication

Nom et prénom: _____ Date de naissance : _____

TSH : _____ Date : _____

J'ai procédé à l'évaluation de client nommé ci-haut. Selon l'ordonnance collective en titre, le dernier résultat de TSH démontre qu'un dosage de Lévothyroxine est indiqué. Le client a reçu l'information relative au changement de posologie.

Prochain contrôle dans _____ semaines.

La présente ordonnance est valide pour une durée de 12 mois

Posologie actuelle	Nouvelle posologie
<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1/2 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 50 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 50 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 75 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 75 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 88 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 88 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 100 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 100 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 112 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 112 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 125 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 125 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 137 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 137 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 150 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 150 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 175 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 175 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 200 mcg 1 co die

Nom de l'infirmière : _____

Permis : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du médecin répondant : _____

Permis : _____

GMF Saint-Antoine
609, 9^e rue
Saint-Jérôme, QC J8Y 1S8
450 432-3308

FORMULAIRE DE LIAISON POUR LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES

ORDONNANCE COLLECTIVE EN GMF

(OC-513.2) Suivi de la clientèle ayant un diagnostic d'hypothyroïdie dont la condition requiert un ajustement de la médication

Nom et prénom: _____ Date de naissance : _____

TSH : _____ Date : _____

J'ai procédé à l'évaluation de client nommé ci-haut. Selon l'ordonnance collective en titre, le dernier résultat de TSH démontre qu'un dosage de Lévothyroxine est indiqué. Le client a reçu l'information relative au changement de posologie.

Prochain contrôle dans _____ semaines.

La présente ordonnance est valide pour une durée de 12 mois

Posologie actuelle	Nouvelle posologie
<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg ½ co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 25 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 50 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 50 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 75 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 75 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 88 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 88 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 100 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 100 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 112 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 112 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 125 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 125 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 137 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 137 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 150 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 150 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 175 mcg 1 co die
<input type="checkbox"/> Synthroid 175 mcg 1 co die	<input type="checkbox"/> Synthroid 200 mcg 1 co die

Nom de l'infirmière : _____

Permis : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du médecin répondant : _____

Permis : _____